TRAVAUX ORIGINAUX

I

Les collyres huileux.

Par le Dr Albert TERSON.

Il n'est certainement pas trop tard pour parler encore des collyres huileux qui, vantés dès leur apparition avec un enthousiasme extrême, ont connu aussi de vives critiques. Pour nous, laissant le temps les mettre à leur place, nous les avons essayés sans hésiter et on nous permettra d'apporter ici le résultat de notre pratique à ce sujet. Peut-être ce résultat incitera-t-il quelques nouveaux confrères à essayer le collyre huileux à l'ésérine qui est *indispensable* et mérite le bien qui en a été dit, même s'ils continuent à considérer les autres collyres huileux comme d'un emploi *facultatif* et d'une importance secondaire.

Le collyre à l'ésérine pure à 1 °/₀ (Panas, Scrini) (1) justifie réellement la plus sérieuse attention et joue dans la pratique de tous les jours un rôle où il ne peut être remplacé par aucun autre. Exécuté avec toutes les précautions convenables (2), ce collyre à l'huile d'arachide ou d'olive a, malgré son haut dosage, l'avantage considérable d'être admirablement toléré. Dans une série de cas où la pilocarpine restait impuissante et où l'ésérine en solution aqueuse était très mal supportée et fort douloureuse, il nous a donné des succès inespérés. Je l'ai vu toléré pendant plusieurs mois chez certains malades, en particulier chez un vieillard que je soigne depuis plus dix ans, et dont un œil glaucomateux, le seul qui lui reste, a été saisi à deux reprises différentes de crises de glaucome aigu, alors qu'il était atteint depuis très longtemps de glaucome chronique simple et maintenu par la pilocarpine à une acuité visuelle *normale*. Sans aucune intervention, profondément redoutée et repoussée par ce vieillard, le collyre huileux à l'ésérine a fait disparaître des crises qui avaient empêché ce malade de se conduire, alors qu'après les crises l'acuité est redevenue normale dès que la tension a baissé. Nous pourrions citer plusieurs autres succès à ajouter à ceux que M. Panas et d'autres ont publiés et *tous chez des malades réfractaires à l'ésérine employée en solution aqueuse*. L'ésérine ne se transforme pas en rubrésérine dans la solution huileuse, l'asepsie reste complète, le collyre ne rougit jamais et se conserve, semble-t-il, indéfiniment. Si l'ésérine ne peut pas guérir tous les glaucomes, nous pouvons affirmer, nous aussi, que la solution huileuse à 1 °/₀ peut faire passer quelquefois des crises aiguës d'une intensité remarquable et que nous l'avons toujours vue tolérée.

Dans les cas moyens, quand la crise est passée, on peut se borner à appliquer l'ésérine au moment du coucher de façon à agir fortement pendant la nuit, et à faire deux instillations diurnes de pilocarpine. Mais nous avons vu souvent 3 instillations d'ésérine par jour ne provoquer aucune intolérance.

Partisan convaincu de l'iridectomie sclérale dans le glaucome aigu et subaigu, nous ne faisons un emploi *exclusif* de l'ésérine que lorsque l'opération est refusée ou qu'elle est, pour divers motifs, impraticable. Pour résumer, nous dirons que le collyre huileux à l'ésérine à 1 °/₀ (alcaloïde pur) a *tous les avantages* de l'ésérine sans avoir les inconvénients des solutions aqueuses dont tant de confrères se plaignent encore.

L'asepsie certaine de ces collyres bien préparés et leur conservation prolongée fait que nous avons fait vérifier par notre ami le Dr Würtz, agrégé à la Faculté, qui n'a pu obtenir de culture en usant de tous les procédés indiqués en pareille circonstance, avec des collyres dont certains dataient de près de trois

(1) SCRINI. — Des collyres huileux, Th. de Paris, 1898.

(2) Sans ces précautions, le collyre peut être irritant comme le collyre aqueux. Mais, si l'on a suivi exactement les règles nécessaires à la stérilisation de façon à l'obtenir, sans qu'une chaleur exagérée amène la production de substances irritantes, le collyre huileux bien préparé par un pharmacien qui a voulu se soumettre aux manipulations nécessaires, est parfaitement toléré, alors que, mal préparé, il avait été abandonné. Nous avons vu plusieurs fois ces incidents se produire.

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

années) permet aussi de les employer après les opérations, dans les hernies récentes de l'iris et les traumatismes.

Le collyre huileux à l'atropine à 1 °/₀ donne de bons résultats : il a les avantages précieux de sa conservation aseptique et il est également bien toléré : il nous a paru moins prédisposer à la conjonctivite atropinique, mais nous n'avons pas observé avec lui d'effets franchement supérieurs à ceux de la solution aqueuse *à même dose*. Dans plusieurs cas rebelles, la substitution de la solution huileuse à la solution aqueuse n'a rien donné de plus et il a fallu de nouveaux moyens locaux (sangsues et surtout dionine en instillations et en injections temporales, etc.,) et généraux pour obtenir dans des iritis tenaces et douloureuses la détente que l'atropine seule sous toutes ses formes ne pouvait fournir.

Le collyre huileux à la cocaïne ne nous a pas paru non plus devoir supprimer le collyre aqueux. Il nous paraît indiqué dans certains cas (brûlures, coupures, érosions cornéennes) où il importe d'avoir une solution onctueuse et aseptique. Ce collyre a avant les opérations divers inconvénients qu'il serait puéril de nier (paupières rendues glissantes, émulsion avec l'eau de lavage, avec le sang et les larmes si on en remet au cours d'une intervention, etc.) qui nuisent à son emploi permanent. Bignon (1), qui, à ce sujet, mérite plus qu'une simple mention, a recommandé les solutions de cocaïne à 2 °/₀ dans l'huile de vaseline, *dès les premiers temps de la cocaïne*. Il affirme la grande énergie anesthésique de ce collyre huileux, puisqu'une goutte lui suffit pour l'anesthésie. Il a fait aussi des injections avec cette solution et appelle l'attention des chirurgiens et des *oculistes* sur cette préparation qui offre l'avantage de contenir l'alcaloïde pur au lieu du sel.

Andrews, qui a, semble-t-il, le premier, recommandé en 1885 les collyres huileux à la cocaïne, se borne maintenant (communication personnelle) à l'emploi d'une solution aqueuse aseptique de cocaïne avant les opérations. Quant à nous, pour l'examen ophtalmoscopique, nous utilisons assez fréquemment les solutions aqueuses à la cocaïne pour l'examen périphérique et maculaire. La dilatation est souvent parfaite, et nous n'avons, pour notre part, trouvé aucun avantage sérieux à l'homatropine et à l'euphtalmine qui gardent toujours un effet plutôt trop prolongé et souvent mal interprété. Ni nos élèves, ni nous-même, n'avons été gênés par les desquamations épithéliales sur lesquelles on insiste trop. On les évite à peu près constamment, si le malade veut bien tenir quelques minutes ses yeux fermés et quand on n'en a mis que dans un œil, le clignement entraîné par l'autre œil empêche presque toujours la boursouflure et la chute épithéliale de se produire.

Nous avons essayé d'autres collyres huileux, (tropacocaïne, dionine, sulfate de cuivre, etc.). Mais leur titre de solubilité est tellement faible que leur infériorité sur les solutions aqueuses confine à l'impuissance. Nous utilisons aussi diverses huiles antiseptiques (sublimé, iode, iodoforme).

Les collyres huileux, bien préparés, minutieusement exécutés, surtout pour leur stérilisation délicate, conserveront une place dans la thérapeutique. Si le collyre à l'ésérine reste incomparablement supérieur aux autres, ces derniers conservent une indication quand il s'agit d'instiller un collyre aseptique, mais ils ne sont pas aussi absolument indispensables, quoi qu'il soit bon d'en avoir à sa disposition.

Quelque peu salissants, ils ne conviennent ni à tous les malades ni à tous les cas. Aussi en ce qui concerne la pilocarpine, l'atropine et la cocaïne, les ampoules stérilisées à l'autoclave, filtrées ou mieux tyndallisées restent précieuses pour l'ophtalmologiste qui les a toujours sous la main dans sa trousse en cas d'urgence ou pour les opérations courantes. L'ésérine n'est vraiment désormais utilisable qu'en solution huileuse bien faite. C'est dans chaque cas particulier et suivant diverses conditions, qu'on prescrira à domicile le collyre aqueux ou huileux ou qu'on les substituera l'un à l'autre.

Les flacons bouchés à l'émeri et des pipettes compte-gouttes ordinaires à ouverture un peu large, avec ou *sans* caoutchouc, suffisent en évitant soigneusement (dissolution) de laisser pénétrer l'huile au contact du caoutchouc.

Les agitateurs en verre sont inutiles, cassent ou laissent tomber la goutte. Pas donc n'est besoin d'employer les flacons spéciaux usités

(1) Bignon. *Bull. gén. de thérap.*, 1887.

d'ailleurs depuis si longtemps en chimie, en histologie et pour d'autres usages. Nous employons aussi dans notre clinique des flacons de notre modèle publié il y a déjà quelques années (1), mais légèrement modifié, plus petit, à bec plus large et ne nécessitant pas de caoutchouc. L'entonnoir peut être fermé d'un fragment d'ouate.

Les collyres huileux restent donc dans quelques cas une ressource excellente, et sous la forme de collyres huileux à l'ésérine, il s'agit d'un remède réellement nouveau et qui a supprimé le principal ennui de l'ésérine (rubrésérine, douleurs) que rien ne peut remplacer dans certains cas.

Quant à l'idée d'employer des collyres huileux, elle n'est pas due comme on l'a dit, inexactement à l'initiative anglaise ou américaine. Nous ne parlons même pas des tentatives anciennes, des cas même où les huiles « ennemies des yeux » (Fabrice d'Acquapendente) étaient défendues (traumatismes des paupières), comme pouvant exciter une inflammation, de l'emploi si fréquent à certaines époques de l'huile de noix, de l'huile de foie de morue, de l'huile térébenthinée, iodée, contre les taies de la cornée, de l'huile de cade et d'un certain nombre de préparations à excipient huileux dans les maladies des yeux. Mais il nous semble juste de signaler que c'est à Deval (auteur connu d'une *Chirurgie oculaire* encore estimée et d'un gros *traité des maladies des yeux* qui révèle en plus d'un endroit un praticien compétent et original) qu'en fait de collyre huileux, on doit le *mot* et la *chose*.

Dans un travail (2) datant de 1850 et dans son Traité des maladies des yeux (3), il insiste sur l'utilité du *collyre huileux* au sous-acétate de plomb. Il remarque que l'huile d'olive lui « permet d'employer de plus fortes doses que l'eau, et que le collyre n'occasionne aucune *cuisson*, aucune sensation désagréable ; son application est exempte de douleurs » et il ne l'a « presque jamais vue susciter d'exaspération phlegmasique ». Deval et d'autres, qu'il cite, avaient donc reconnu une partie des avantages des collyres huileux : mais la voie qu'il commençait à suivre ne pouvait être continuée avec fruit que longtemps après, lorsqu'on a pu voir que l'atropine (Lloyd Owen, Green), puis la cocaïne (Andrews, Bignon) se dissolvaient dans les huiles, que ces huiles, surtout lavées et stérilisées, étaient bien tolérées et se conservaient dans un état d'asepsie remarquable (Panas, Scrini), vu les difficultés relatives de la végétation parasitaire dans l'huile et qu'enfin un collyre huileux à l'ésérine à haute dose (Panas, Scrini) restait chimiquement pur, aseptique et toléré, alors que la solution aqueuse était privée de tous ces avantages si importants. Deval ne pouvait naturellement pas progresser sur ces divers points, puisque la plupart des remèdes en question n'existaient pas de son temps, pas plus que des idées justes sur la stérilisation.

(1) A. Terson. — Technique ophtalmologique (antisepsie, anesthésie et arsenal de chirurgie oculaire). Paris, J.-B. Baillière, 1898.

(2) Deval. — Du traitement de quelques affections oculaires par le *collyre huileux* au sous-acétate du plomb. *Abeille médicale*, janvier 1850.

(3) Deval. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, p. 149, in-8°, Paris, 1862.

II.

Conjonctivite diphéritique avec broncho-pneumonie.

Par le Dr Georges Desvaux (d'Angers).

La conjonctivite diphtéritique étant une affection rare, nous avons cru intéressant de rapporter l'observation d'un cas qu'il nous a été possible de suivre depuis le début jusqu'à la guérison, qui a nécessité plusieurs semaines de traitement.

En juillet dernier, on m'amena à ma consultation un enfant de 8 mois présentant un gonflement énorme des paupières des deux côtés. Je pensai immédiatement à une ophtalmie purulente grave. Les paupières étaient très rouges et le gonflement plus marqué encore du côté droit. C'est avec la plus grande difficulté que j'arrivai à entr'ouvrir les paupières, elles étaient pour ainsi dire soudées.

Ces adhérences étaient constituées par des sortes de couennes d'une couleur blanchâtre. J'écartai aussitôt l'idée d'une ophtalmie purulente comme j'y avais pensé tout d'abord et je portai le diagnostic de conjonctivite diphtérique. Ces fausses membranes qui tapissaient les conjonctives palpébrales et oculaires étaient très adhérentes tant sur la face interne des paupières que sur le globe oculaire, qu'elles envahissaient jusqu'au limbe cornéen.

A ce moment, les cornées paraissaient trans-

parentes. Impossible d'arriver à détacher quelques-unes de ces fausses membranes.

Je conseillai alors à la mère de faire des lavages fréquents, après en avoir pratiqué un devant elle, avec une solution de cyanure d'hydrargyre à 1/2000.

Le lendemain matin, 4 juillet, elle me ramène son enfant ; l'état est à peu près le même ; paupières toujours très gonflées, et même difficulté pour les ouvrir. Les fausses membranes sont toujours très adhérentes. Impossible encore d'arriver à en détacher. Je revois l'enfant dans la soirée, à peu près même état : cependant les fausses membranes deviennent peut-être un peu moins adhérentes et je réussis cette fois à en enlever deux assez volumineuses, heureux de pouvoir enfin confirmer mon diagnostic par l'examen bactériologique.

J'omettais de dire que lorsque l'enfant me fut amené, le 3 juillet, il y avait deux ou trois jours que les yeux étaient malades, au dire de la mère, qui ne peut préciser.

Je fais parvenir les fausses membranes que j'avais réussi à détacher à mon confrère et ami le Dr Papin, directeur du laboratoire bactériologique de l'Ecole de médecine, qui avec sa bienveillance habituelle en fait immédiatement l'examen.

D'après cet examen, mon diagnostic primitif fut confirmé, nous avions bien affaire à une conjonctivite diphtéritique.

Il y avait en effet dans ces fausses membranes du bacille de Lœffler, des streptocoques et des coccus.

L'enfant devait m'être ramené le lendemain 5 juillet ; mais notre confrère M. le Dr Hodée, voulut bien se déplacer et venir me dire qu'il avait été appelé dans la nuit auprès de cet enfant pour des quintes de toux et des accès de suffocation.

Il existait un foyer de broncho-pneumonie à la partie moyenne du poumon droit avec quelques râles sous-crépitants disséminés des deux côtés, la température atteignait 38°5.

Je fais part aussitôt à mon confrère de la gravité de l'état oculaire et du résultat de l'examen des fausses membranes et nous décidons de pratiquer immédiatement des injections de sérum de Roux.

Je revois l'enfant vers 6 heures du soir, il a reçu une injection de 5 c. cubes dans l'après-midi. Les paupières sont toujours très gonflées, mais les adhérences sont moins fortes et les paupières plus faciles à ouvrir.

Je réussis encore cette fois à enlever quelques fausses membranes, mais difficilement. Les lavages antiseptiques avec la solution de cyanure sont continués avec une grande régularité. A ce moment, la cornée de l'œil gauche est bien transparente, mais celle de l'œil droit est légèrement trouble. J'introduis alors de la vaseline iodoformée entre les deux paupières.

Le lendemain, 6 juillet, au matin, les paupières me semblent moins dures et moins gonflées. Les fausses membranes sont moins abondantes et les conjonctives palpébrales sous-jacentes sont un peu rugueuses et irrégulières.

Je me décide alors à commencer quelques cautérisations avec une solution au nitrate d'argent à 1/100.

Notre confrère M. Hodée, alors présent, prend la température rectale et trouve 38°; le foyer de broncho-pneumonie s'améliore ; la gorge a toujours été indemne, aucune fausse membrane. Il existe seulement un peu d'enchifrènement des fosses nasales. Une nouvelle injection de 5 c. cubes doit être pratiquée dans la soirée.

Je revois l'enfant vers 6 heures du soir après la seconde injection de sérum, les paupières, celles du côté gauche surtout, sont moins gonflées, mais les deux cornées sont moins transparentes. Je cesse alors momentanément les cautérisations au nitrate, ne pensant cependant nullement devoir attribuer ce trouble cornéen à mes premières applications avec le caustique, Je me contente d'introduire de la vaseline iodoformée dans les deux yeux.

Voyant les jours suivants que le trouble de la cornée persiste et que les conjonctives sont toujours rugueuses, je me décide de nouveau à cautériser légèrement leur surface avec la même solution de nitrate; d'autant qu'il existe à ce moment une légère sécrétion purulente qui indique la seconde période de la maladie. Cette sécrétion purulente n'avait pas existé au début.

Le 7 juillet, les paupières paraissent beaucoup mieux, plus de rigidité et d'épaississement comme les premiers jours.

Je réussis alors pour la 1re fois seulement à voir le globe oculaire sans écarteur. A ce moment, les fausses membranes n'existent presque plus sur les sclérotiques, mais il y en a encore quelques-unes sur les paupières

elles ont également bien diminué. La cornée de l'œil gauche présente un léger trouble et ce trouble est encore plus marqué sur l'œil droit.

J'ai fait une nouvelle cautérisation au nitrate, toujours avec la même solution à 1/100, et j'introduis quelques instants après de la vaseline iodoformée.

L'état général paraît assez satisfaisant. Il y a cependant une légère recrudescence de la température de sorte qu'une 3e injection est faite dans la journée.

Le 9 juillet, nous revoyons l'enfant, les paupières s'améliorent rapidement de jour en jour, les fausses membranes n'ont plus reparu mais les conjonctives des deux paupières supérieures droite et gauche sont toujours irrégulières et tomenteuses ; les paupières inférieures ont toujours été moins atteintes ; elles n'ont plus rien en ce moment.

Les cornées sont toujours un peu troubles surtout dans leur moitié inférieure.

Nous introduisons alors dans les deux yeux quelques gouttes d'un collyre à l'atropine à 1/200.

Les jours suivants, 11 et 12 juillet, l'état reste sensiblement le même pour l'œil; quant aux paupières, elles sont presque entièrement guéries, sauf celles du côté droit, où il existe un gonflement assez marqué de la conjonctive.

Nous abandonnons alors les cautérisations tout en continuant deux fois par jour les instillations d'atropine et d'iodoforme. Du côté des bronches et des poumons, la guérison est lente à se produire. Il existe toujours une toux fréquente et l'enfant est très abattu. L'oreille gauche présente une légère ulcération à l'entrée du conduit auditif.

Le 22 juillet, les paupières sont complètement guéries et les cornées sont mieux, mais les conjonctives oculaires sont encore très injectées, l'ulcération de l'oreille est guérie. L'état s'améliore ensuite de jour en jour.

Le 31 juillet, l'enfant, qui jusqu'alors avait toujours eu les yeux fermés, commence à les ouvrir. La rougeur conjonctivale diminue beaucoup.

Quelques jours après, l'enfant ouvre les yeux sans difficulté, les conjonctives sont revenues à leur état normal, mais il persiste encore un peu de trouble de la partie inférieure des deux cornées ; la vision paraît bonne.

Je conseille à la mère de continuer les instillations d'atropine matin et soir et d'introduire ensuite de la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre.

Je ne revois plus l'enfant que de temps en temps ; il va bien.

Nous avons cru intéressant de rapporter ce cas vu la gravité extrême qu'il présentait au point de vue général et oculaire, et nous sommes heureux, mon confrère et moi, d'avoir pu obtenir une guérison qui à un moment donné avait paru très problématique.

III.

Quelques observations sur l'emploi du Jéquiritol en thérapeutique oculaire,

par le Dr A. Maklakow,

Assistant de la clinique ophtalmologique de l'Université à Moscou.

L'emploi du Jéquirity dans le traitement du trachome est connu depuis longtemps et la littérature sur ce sujet contient un grand nombre d'observations ; néanmoins, les auteurs ne sont pas d'accord et le traitement par l'infusion de l'abrus precatorius n'a pas été admis par la plupart des cliniciens. La cause principale en était que le médicament ne pouvait pas être dosé exactement, de sorte que le médecin ne pouvait jamais être sûr que l'effet thérapeutique resterait dans les limites désirables.

Aujourd'hui que nous pouvons bien doser ce remède, de nouveau les ophtalmologistes commencent à s'intéresser à lui et dans la littérature on peut trouver quelques communications sur le mode d'emploi et sur les résultats du traitement des diverses maladies des yeux par le nouveau remède, nommé le « Jéquiritol par le Dr Roemer ». Ce nouveau produit est un agent thérapeutique si exactement dosé qu'il devient absolument inoffensif ; dans la littérature on trouve des communications, où on recommande ce remède non seulement dans des cas du trachôme, mais aussi dans toutes sortes de maladies de la cornée : dans des kératites scrofuleuses, parenchymateuses et dans les cas d'opacités cornéennes.

J'ai commencé mes expériences en ayant soin de ne pas faire tort à mes malades. C'est à cause de cela que je n'ai que quatre cas à

communiquer et à cause de mes précautions, je ne pouvais pas agir assez énergiquement sur la conjonctive de mes malades. Je n'ai pas à me reprocher ces précautions.

J'ai commencé à expérimenter avec une ou deux gouttes du Jéquiritol n° 1 et pas une seule fois je n'ai remarqué une réaction quelconque. Ce n'est qu'avec le n° 2 que j'ai pu obtenir une réaction. S'il fallait expérimenter à présent avec ce produit, sans doute je commencerait tout de suite avec le n° 2.

La réaction que j'ai réussi d'obtenir consistait en une tuméfaction des paupières, un œdème de la conjonctive, une grande hyperhémie de la conjonctive bulbaire et dans les cas de kératite, en un développement abondant des vaisseaux dans la cornée. Ces vaisseaux néoformés traversaient le limbe et en un faisceau parvenaient jusqu'à la partie opacifiée de la cornée. Tous ces événements s'accompagnaient d'une douleur vive dans les yeux. Sur la surface de la conjonctive palpébrale et bulbaire, on pouvait voir une formation des plaques quasi diphtéritiques, qui en quelque temps se séparaient du tissu sous-jacent et à leur place on trouvait une sécrétion abondante du pus. Dans quelques jours la tuméfaction des paupières diminuait, les vaisseaux néoformés de la cornée s'amincissaient et la cornée elle-même devenait plus claire. Voilà en général la réaction que j'ai pu obtenir avec le Jéquiritol. Avec ce produit, j'ai traité 4 malades, qui présentaient les maladies suivantes : trachome avec pannus et trois cas de kératite parenchymateuse de diverses périodes.

Dans le cas de trachome, je n'ai même pas réussi d'obtenir une inflammation, quoique je me sois servi du Jéquiritol n° 4. En ce qui concerne l'acuité visuelle aussi je n'ai pu remarquer aucun bénéfice dans ce cas.

Les trois cas de kératite parenchymateuse ne sont pas identiques. Dans un cas, j'ai remarqué une grande amélioration de la vue, dans le second aucun changement, tandis que dans le troisième cas, j'observai même une diminution de la vision. Comme on verra plus tard, cette diminution ne fut pas causée par le traitement jéquiritique.

Le premier cas, guéri par le Jéquiritol, était une kératite parenchymateuse à la période regressive et dans ce cas le traitement par le Jéquiritol me donna des résultats tout à fait surprenants. Ainsi, quand j'ai entrepris la malade, sa vision n'avait que le pouvoir de distinguer les mouvements de la main près du visage. Après deux inflammations causées par le Jéquiritol, la cornée devint plus transparente et la vision commença à augmenter si rapidement que le 9 mars, une semaine après la dernière inflammation, la vision était ; compte les doigts à la distance de 1 mètre ; le 7 mars ; à 2 mètres, le 13, à 4 1/2 m. et le 15 mars, vision était 0,1.

Après la troisième inflammation, la vision augmenta jusqu'à 0,2 ; j'espère qu'elle augmentera encore plus. Ayant quitté momentanément Moscou, j'ai perdu de vue cette malade. Quoique j'eusse affaire avec une kératite regressive, je crois qu'une aussi rapide augmentation de la vision devait être causée par le traitement au Jéquiritol.

Dans le second cas, d'une kératite non regressive, mais d'un reliquat de kératite parenchymateuse où il y avait des macules de la cornée, le traitement ne m'a pas donné un aussi grand succès. La malade trouve que sa vision est meilleure, ainsi trouve aussi mon confrère, qui a examiné la malade avant et après le traitement jéquiritique, mais moi-même je n'ai trouvé aucun changement dans la vision et c'est pour cela que je compte ce cas comme peu concluant pour le traitement jéquiritique.

Le troisième cas : une kératite progressive, ne put pas être enrayée par le traitement et malgré le Jéquiritol la vision diminua. Je n'ai pas essayé ce traitement dans des cas de légères opacités de la cornée, car la réaction de l'œil est vive et si prononcée que les malades peuvent en être effrayés et je n'ai pas cru avoir le droit de leur causer une douleur dans des cas où je pouvais les soulager avec des médications déjà connues et inoffensives.

Dans tous les cas, je dois dire que le dosage du Jéquiritol est si exact, que je n'ai pas été obligé de me servir du Jériquiritol-sérum. Je dois dire encore que, dans le cas de trachome, je n'ai pu obtenir aucune réaction et je crois qu'on peut expliquer ce fait en supposant que la conjonctive trachomateuse n'est pas disposée à une inflammation jéquiritique. Dans le cas de kératite, le Jéquiritol agit comme un simple irritatif, seulement cette action est beaucoup plus forte, qu'avec les autres agents thérapeutiques.

Je crois à cause de cela que le traitement au Jéquiritol peut être utile dans les cas où on doit se servir des irritatifs ; mais comme ce traitement produit une douleur et provoque une grande réaction, je crois que ce médicament ne peut pas être employé très souvent.

Mes observations m'ont produit une telle impression.

J'ai l'intention de continuer mes expériences avec ce nouveau et intéressant agent et il est bien possible que je changerai d'opinion, mais pour le moment je ne suis pas d'accord avec ceux qui recommandent d'employer le Jéquiritol largement dans la thérapeutique oculaire.

IV

Extraction de la cataracte combinée à l'iritomie,

Par le professeur MANOLESCU (Bucarest).

Il y a plusieurs années que les ophtalmologistes courent après l'extraction simple de la cataracte et en réalité beaucoup d'entre eux, je ne sais pas s'ils forment la majorité, ont adopté cette extraction, avec ses inconvénients, pour la généralité des cataractes ; mais il y en a sans doute d'autres qui l'ont réservée pour des cas exceptionnels. — Je me compte parmi ces derniers, malgré les efforts que j'ai faits pour adopter l'extraction simple comme procédé général d'extraction.

Comme il est inconstestable que l'extraction combinée avec l'iridectomie ne présente pas l'idéal, qui est sans conteste l'extraction simple, chacun doit toujours penser au perfectionnement du premier procédé. Le procédé dont je veux parler est, à mon avis, un perfectionnement et son exécution est d'une grande simplicité.

Exécution : On procède comme pour l'extraction combinée à l'iridectomie, et sans rien changer jusqu'au moment de l'excision de l'iris. — Dans ce moment, au lieu de donner le coup des pinces-ciseaux horizontalement, on le donne verticalement. — En effet, l'iris étant tiré hors de la chambre antérieure, jusqu'à ce qu'on voie un petit arc noir qui est le bord pupillaire, on fend simplement cet arc, en conduisant les pinces-ciseaux le plus verticalement possible.

Pour entrer dans cette direction, on dispose les pinces-ciseaux de manière que leur grosse extrémité inclinée en dedans dépasse le méridien vertical du champ opératoire.

Pour le reste, on va comme si l'on faisait l'extraction combinée à l'iridectomie : après l'extraction d'un lambeau de la capsule antérieure et de la lentille, on remet l'iris à sa place, etc.

Suite de l'extraction. La pupille est ronde, sauf dans un très petit arc à sa partie supérieure où son champ se continue avec un triangle dont le plus petit angle est du côté périphérique. La plus jolie pupille, après l'extraction combinée à l'iridectomie, n'égale pas la pupille obtenue après l'extraction combinée à l'iritomie. Il est vrai que dans quelques cas rares, après cette extraction, j'ai vu aussi l'enclavement de l'iris dans la plaie, mais il est tout à fait différent de celui qui a lieu dans l'extraction simple, surtout quand l'iris s'enclave en masse. Dans les cas où l'iris s'est enclavé après le procédé que je propose aux confrères, je n'ai jamais vu l'enclavement de l'iris que dans un seul angle.

En tout cas, les enclavements de l'iris après l'extraction combinée à l'iritomie n'ont aucune raison d'être plus fréquents et plus graves que ceux qui se voient après l'extraction combinée à l'iridectomie. J'ai pratiqué ce procédé 32 fois durant 6 semaines (1)

BIBLIOGRAPHIE

O. ROSENTHAL. — **Sur les altérations de la cornée produites par la chaux.** (*Zeits. f. Augenheilk.* Bd. VII, 2.)

Par des recherches expérimentales sur le lapin, l'auteur a réussi à démontrer que les troubles épais de la cornée produits par la chaux n'étaient pas dus à l'action de la chaleur. La méthode thermo-électrique a permis à l'auteur de constater que le degré de chaleur développé derrière les paupières ne dépassait pas 45° C. au plus.

En outre, il a pu vérifier ce fait qu'une pier-

(1) Nous insérons très volontiers ce travail qui préconise un procédé utile à connaître, mais nous devons faire remarquer qu'il n'est pas nouveau ; d'autres opérateurs en ont fait mention, parmi lesquels nous signalerons surtout M. Galezowski à qui nous l'avons souvent vu mettre en pratique. (N. D. L. R.)

re ponce échauffée entre 47 et 50° C., et introduite derrière la cornée ne produisait pas de trouble de cette membrane. L'absorption d'eau et la chaleur agissant ensemble peuvent produire un trouble léger de la cornée. Mais cette opacité est beaucoup moins épaisse que celle produite par la chaux. Rosenthal n'admet pas que la chaux puisse s'incruster sous une forme quelconque dans la cornée ; car des recherches chimiques très minutieuses ne lui ont jamais montré trace de chaux dans le tissu de la cornée. Rosenthal démontre que les troubles de la cornée sont produits par une action chimique de la chaux sur les tissus de l'œil : c'est ce que prouvent :

1° L'extraction de mucoïdes de la cornée ;
2° La production de précipités,
a) Dans l'épithélium,
b) Dans la substance glutineuse du tissu propre,
c) Dans la lymphe.

Dans ses recherches microscopiques, l'auteur a constaté une destruction de l'épithélium et de la substance propre de la cornée, qui s'étendait par endroit jusqu'au tiers de son épaisseur.

En ce qui concerne le traitement, Rosenthal, se basant sur l'ensemble de ses recherches, recommande des lavages complets de l'œil à l'eau fraîche. Plus tard, on pourra essayer d'éclaircir la taie avec de l'acide acétique dilué, ou de la lessive de potasse, mais ces substances n'ont pas donné grand résultat. L'auteur n'a pu continuer ses recherches à cause de la mort de ses lapins.

A. F.

Prof. Hoffe (Cologne). — **Premiers soins à donner** (soi-même) **dans les blessures de l'œil par la chaux.** (*Central. f. prakt. Augenheilk*, mars 1902.)

Hoffe fait remarquer que dans les blessures de l'œil par la chaux, il est très difficile de mettre en pratique le conseil d'Andréae (1899) qui veut qu'on lave les culs-de-sac avec de l'eau. En effet, la contraction spasmodique des paupières, ainsi que la maladresse de l'aide, permettront rarement une ouverture suffisante des paupières, sans laquelle il est impossible de laver convenablement les culs-de-sac. Aussi, il est à craindre que la quantité d'eau introduite soit insuffisante pour expulser les particules de chaux, mais suffisante pour déterminer leur ramollissement, et augmenter ainsi l'action thermo-chimique nuisible pour l'œil. L'auteur préfère l'emploi de graisses indifférentes, dont Schmidt-Rimpler (1900 *Berl. Klin. W.*) a démontré expérimentalement l'efficacité. Il propose l'introduction d'une quantité abondante de pommade à la lanoline contenant 2 % de sulfate d'holocaïne et renfermée dans un tube de gélatine à col plat. Ces tubes, de la grosseur d'une prune, contiennent 10 gr. de substance, et ont une longueur de 10 cm. sur 1/2 cm. d'épaisseur. Pour éviter que l'enveloppe de gélatine ne devienne cassante à l'air sec, le tube est renfermé dans une boîte bien fermée. Le mode d'emploi suivant est joint à la boîte.

« Traitement de l'œil par le blessé lui-même ou par un aide, dans les cas de blessure par la chaux, le mortier ou le ciment.

« Observation : L'opération n'est pas douloureuse, et ne présente aucun danger ; agir sans hésiter et sans crainte.

« 1° Ouvrir la boîte, sortir le tube, et en aplatir le col.

« 2° Enlever le couvercle du tube, et faire pénétrer le col plat du tube, dans toute sa longueur entre les deux paupières, et l'introduire sous la paupière supérieure.

« 3° Presser lentement, mais avec force, sur le corps du tube jusqu'à ce que la paupière supérieure se gonfle et qu'il s'écoule de la pommade entre les deux paupières.

« 4° Faire de même pour la paupière inférieure.

« 5° Si l'on parvient à ouvrir l'œil, on enlèvera avec soin tous les corps étrangers visibles au moyen de la pointe d'un mouchoir enduite avec de la pommade.

« 6° Si au bout de quelques minutes, les douleurs sont moins fortes, c'est dû en partie à l'action calmante de la pommade, mais cela ne prouve pas que l'œil soit entièrement débarrassé des corps étrangers. Il faut chercher un médecin, etc... »

La pommade s'introduit grâce aux mouvements de l'œil dans tous les replis de la conjonctive. Par l'action de la chaleur du corps, la pommade fond, et est expulsée en même temps que les débris de chaux qui sont ramollis et diminués de volume.

A. F.

Dr Merz Weigandt. —**Deux cas de kératite bulleuse après une érosion de la cornée.** (*Central. f. prakt. Augenheilk.*, mars 1902.)

Dans les deux observations rapportées, après un traumatisme de la cornée, l'épithélium s'est soulevé sous forme d'une grosse vésicule ; dans l'un des cas, la vésicule occupait presque toute la cornée, ne laissant à la périphérie qu'une surface concentrique saine de 3 mm. Le traitement consista dans l'enlèvement de la vésicule, dont la paroi était très friable, et dans l'extirpation, avec l'aiguille à corps étranger, des lambeaux d'épithélium.

L'auteur discute les opinions de Schœler et de Reuss sur les érosions de la cornée et leurs suites, il est enclin à admettre l'opinion de ce dernier, qui veut que la kératite bulleuse soit toujours consécutive à une érosion de la cornée. Au point de vue thérapeutique, il attache une grande importance à la recherche des plaies minces et à bords escarpés afin que la réunion superficielle de ces bords et l'accumulation de liquide fussent empêchés. Il n'attache aucune importance à la technique, soit que l'on prenne une petite tige de coton, ou une aiguille à corps étranger, soit que l'on fasse des pansements occlusifs. A. F.

Dr Von Ammon.— **Contribution à l'étude de la kératite interstitielle ponctuée.** (*Archiv für Augenheilkunde*, 44, III; *Opht. Klinik*, 3, 146.)

L'auteur décrit un cas de cette rare affection, considérée jusqu'alors comme une altération gommeuse de la cornée. Il a pu l'observer depuis son éclosion, et pendant les 24 heures que la cornée fût atteinte, sans diminution notable de l'acuité visuelle du fait du trouble cornéen. Plus tard, il se développa de l'iritis et de la neuro-rétinite chez le patient, âgé de 22 ans et en pleine période secondaire.

Von Ammon considère cette affection comme une lésion de la période secondaire, provoquée par une maladie de l'endothélium, d'où suit une diminution de la lymphe. Elle guérit entièrement et sans traces, ce qui serait impossible avec une affection gommeuse. L'auteur regarde cette affection comme une variété de la kératite parenchymateuse.

(Dr Abt, trad.)

Paukstad. — **Contribution à l'étude de la kératite annulaire.** (*Travail fait à la clinique du Dr* Treutel *à* Königsberg.) *Klin. Montbsl. f. Angenteilku*, 35e *année, déc.* 1901.)

Quatre cas dont voici le résumé :

1re Obs. — Femme de 21 ans. Depuis 5 semaines diminution de l'acuité visuelle sur un œil, sans autres phénomènes subjectifs. Syphilis héréditaire. — A droite : de nombreuses petites taches claires, parsemées de taches pigmentaires sombres, grosses, irrégulières; — à gauche légère injection ciliaire, trouble pointillé de la cornée. Dans ses couches profondes, la cornée présente des traînées troubles en forme de points ou de traits. Au centre, on remarque un trouble pointillé, en forme de demi-cercle ouvert en dehors. Les parties externes de la cornée sont à peine infiltrées par endroits. La sensibilité est très diminuée.

2e Obs — Fillette de 5 ans. Inflammation d'un œil depuis 4 semaines. Le père était syphilitique avant le mariage. — A droite on constate de petites taches jaune clair disséminées à la périphérie du fond de l'œil ; — à gauche : épiphora, injection ciliaire. La cornée est trouble et piquetée, ce trouble est formé par un ensemble de petits points confluents. A la périphérie de la cornée, on remarque un cercle situé assez profondément dans les couches cornéennes, d'un gris assez saturé — vascularisation radiaire profonde. Diminution de la sensibilité.

3e Obs. — Enfant de 6 ans. Inflammation d'un œil datant de 4 semaines. Syphilis héréditaire probable. A gauche, dans le fond de l'œil, on remarque de nombreuses taches sombres, et de petites taches rondes, claires, situées plus périphériquement ; —à droite : injection ciliaire modérée ; la cornée présente un trouble diffus, pointillé, formé de très petits points. Pas de vascularisation. Au centre une région en forme de cercle, nettement limitée et présentant un trouble très saturé.

4e Obs. — Homme 32 ans. Il y a 2 semaines, a reçu dans l'œil de la couleur à l'huile ; depuis une semaine, diminution de l'acuité visuelle, pas de phénomènes subjectifs ; à gauche, rien de particulier. — A droite, injection ciliaire modérée ; au centre de la cornée, on remarque un trouble en forme de disque, au-dessus duquel l'épithélium est piqueté; à la périphérie du

disque, il y a une ligne circulaire très saturée. Le trouble est formé par des points et des lignes, qui en se rapprochant de la ligne circulaire sont de plus en plus épais. La périphérie de la cornée est beaucoup moins trouble et offre un reflet irrégulier. Pas de vascularisation.

La sensibilité n'est pas diminuée.

L'auteur range les cas 1, 2 et 3 dans la kératite annulaire décrite par Vossius, et qui serait, d'après Fuchs, une forme assez rare de kératite parenchymateuse. Dans ces trois cas, la spécificité héréditaire serait en cause. Le quatrième cas est une kératite disciforme, que Fuchs distingue avec grand soin de la kératite annulaire.—En outre, dans cette dernière forme, elle est, contrairement aux trois autres, consécutive à une blessure.

G. Colombo. —**Mensurations expérimentales de l'héméralopie et de la torpeur rétinienne.** (*Annali di Ottalmol*, Vol. XXX, (1901), fasc 8,9, p. 527 à 612, fasc. 10, 11, et 12, p. 740 à 868, avec six planches.)

Le travail de Colombo élaboré dans la clinique de M. le Professeur Tartuferi à Bologne et présenté comme thèse d'agrégation, est très long, très documenté, très important dans le domaine de la physiologie oculaire. L'Aut. a commencé par une série d'expériences sur les rapports entre V et L. pour déterminer : 1° si le minimum de lumière suffisant pour donner à un œil normal le maximun de V (intensité d'éclairage, appelé Lms) représente une valeur constante pour un même œil, placé dans les même conditions de mensuration ; 2° si, chez des sujets différents, à l'état normal, la Lms représente une valeur commune et constante par rapport à un angle visuel (Ag. V) déterminé, les conditions de l'expérience étant, bien entendu, toujours les mêmes ; 3° si, pour différents sujets placés au début des expériences dans des conditions leur donnant V, au-dessous du maximum et amenés ensuite, par angmentation graduelle de L. à jouir de V. se rapprochant de Ag. V. minimum, la quantité de L. nécessaire et suffisante pour passer d'un angle visuel au suivant de la série soit réglée par un rapport constant (pour le même œil ou pour différents yeux examinés), eu égard à la quantité initiale de L. prise comme unité ; 4° si, pour des yeux amblyopes, atteints ou non d'héméralopie ou de torpeur d'adaptation rétinienne, la valeur de Lms, pour un Ag. minimum, diffère, et de combien, et de la valeur minimum de L suffisante à donner à un œil normal le même V, que celui de l'œil amblyope examiné ; 5° si la valeur Lms permettant à un œil amblyope d'atteindre son Ag. V. minimum s'écarte et de combien, Lms nécessaire à l'Ag minimum d'un œil normal.

Colombo s'est proposé, en somme, la détermination systématique de la quantité de lumière nécessaire à l'œil sain ou à l'œil malade pour différencier deux points séparés par un intervalle connu (mesure de la *sensibilité visuelle* suivant Charpentier). Cette mensuration de la sensibilité lumineuse, en fonction de l'acuité visuelle proprement dite, et pour des régions rétiniennes correspondant à des angles visuels déterminés, est de la plus haute importance, pour la physiologie et la clinique.

Il nous serait impossible de relater les détails de la technique expérimentale, très rigoureuse, suivie par Colombo, et contentons-nous de dire qu'il s'est servi des signes de Landolt (optotypes simples), imprimés sur fond blanc ou gris, la série des teintes se trouvant exactement réglée par les rayures noires, plus ou moins espacées : (échelles opto-photo-métriques d'Albertotti). La méthode des mensurations établie par Colombo était la suivante : 1°) recherche systématique de la façon dont les images rétiniennes, rendues graduellement plus grandes, peuvent compenser, pour un œil physiologique, la diminution graduelle de L. ; 2°) recherche analogue des fonctions d'un œil amblyope, mais non atteint d'héméralopie ni de torpeur rétinienne, placé dans les mêmes conditions de diminution graduelle de L. ; 3°) recherche de la façon dont un œil physiologique, placé tout d'abord dans les mêmes conditions d'expériences que l'œil amblyope (c'est-à-dire réduit, par L. inférieure à Lms relative à son Ag. Vm, à jouir de V. égale à celui de l'œil amblyope) peut ensuite compenser les diminutions successives de L grâce à l'augmentation de l'Ag. V. ; 4°) recherches de la façon dont un œil à rétine torpide ou héméralope (amblyope ou non) fonctionne pendant les diminutions graduelles de L, et comparaison de ses fonctions avec celles d'un œil normal, ou d'un œil amblyope au même degré, mais non

héméralope ni torpide, ou avec celles d'un œil normal rendu artificiellement amblyope au point de départ des expériences.

Il serait absolument indispensable, pour de telles recherches, de placer l'œil examiné dans les conditions de Lms pour l'Ag. V adopté au point de départ des mensurations. Or, cette valeur initiale de L, ce point de départ commun, ne représente pas, d'après les expériences d'Albertotti et celles aussi de Colombo, une valeur constante, relative à un Ag. V. déterminé, ni pour différents yeux, ni pour un même œil physiologique. Ce fait est une grande cause d'erreurs inévitables dans les mesures en rapport avec diminution de L, même dans les conditions physiologiques ; il empêche la comparaison des résultats et rend ainsi impossible de formuler une loi de rapports entre deux valeurs pourtant exactement mensurables, telles que L et Ag. V.

Les longues notes et la bibliographie du travail de Colombo constituent une excellente mise au point de la question, et les détails de ses expériences sont des plus instructives pour la technique de la photométrie, de l'appréciation du contraste, de l'exercice de l'œil soumis à l'expérience, et de son adaptation, etc. Les conclusions, se rapportant aux expériences que tout physiologiste et tout clinicien pourraient répéter, à l'aide des tables opto-photométriques d'Albertotti, peuvent se résumer ainsi :

1° Un œil physiologique, placé dans des conditions de Lms pour des optotypes mesurant V. de 0,2 à 2, pourra lire les mêmes signes sur les premières 5 ou 6 planches de la série (à fond graduellement plus sombre), en lui laissant un temps, entre la lecture d'une planche et la suivante, de 7 minutes au maximum.

2° Dans l'héméralopie non compliquée de torpeur rétinienne, l'œil se comporte comme un œil normal vis-à-vis de la première moitié de la série de planches, et la démonstration du phénomène héméralopique est fournie par la grande augmentation d'Ag. V. requise vis-à-vis de l'avant-dernière, et surtout de la dernière planche de la série.

3° La démonstration de torpeur rétinienne, à égalité de temps laissé pour l'adaptation s'obtient à l'aide de la première moitié de la série de planches ; mais cette démonstration nécessite des expériences répétées, et, seuls, des résultats constants peuvent appuyer le diagnostic d'une affection optico-rétinienne ; car parfois la fatigue temporaire de l'œil, l'épuisement organique, etc. pourraient placer l'œil normal dans les mêmes conditions qu'un œil à rétine torpide.

A. Antonelli.

E. de Berardinis.—**Tuberculose de la conjonctive, contribution clinique, anatomique et expérimentale.** (*Annali di Ottalmol.* vol. XXX, 1902, fasc. 7, p. 477 à 478, avec une planche.)

La malade de de Berardinis, une femme de 21 ans, strumeuse au plus haut degré, présentait une forme granulomateuse diffuse, de toute la conjonctive tarsienne aux deux paupières, et de la surface bulbaire. Tous les traitements ayant échoué, le globe gauche s'atrophia et le droit pouvait à peine compter les doigts.

Le début de l'affection datait de six ans. Aucune lésion pulmonaire. Dans la sécrétion oculaire, fréquemment examinée, une seule fois, l'Aut. put constater le bacille, tandis que toutes les inoculations (dans la chambre antérieure des lapins) donnèrent des résultats positifs. Le cas de de Berardinis se rapporterait plutôt à la deuxième des formes des tuberculoses oculaires décrites par Sattler et se rapprocherait de l'observation de Mitvalski en ce qui concerne la propagation au globe oculaire.

A. Antonelli

P. Grossetti et C. de Vincentiis. — **Considérations cliniques et critiques sur 4 nouvelles opérations de ptosis congénital dela paupière supérieure par la méthode de Motais.** (*Annali di Ottalmol.* XXX, Vol. fasc. 7, 439 à 458).

Après les deux cas relatés de Lieto Vollaro dans sa monographie *sur le traitement chirurgical de la ptose*, Grossetti et de Vincentiis ont présenté à l'Acad. de Méd. de Naples quatre nouveaux cas opérés par la méthode de Motais. A en juger par les photographies et par les détails rapportés dans le mémoire, les résultats ont été des plus brillants.

Les auteurs insistent sur certains détails de technique, destinés à assurer l'insertion du tissu musculaire même sur le tarse, et à ren-

dre ainsi certaine et permanente l'action de la bandelette musculo-tendineuse empruntée au droit supérieur.

A. Antonelli.

D. Bossalino. — **Contribution à l'étude de la tuberculose oculaire (tuberculose primaire de la conjonctive bulbaire.)** (*Annali di Ottalmologia*, vol. XXX, fasc. 7, p. 459 à 476.)

Chez une fillette de 7 ans, le granulome tuberculaire siégeait sur le limbe, du côté temporal de l'œil gauche et présentait le volume d'un tout petit noyau de cerise. D'après les antécédents, l'infection aurait eu lieu probablement sur une phlyctène, l'enfant ayant souffert de kérato-conjonctivite après la rougeole. Les ganglions préauriculaires étaient légèrement tuméfiés. Les différentes médications locales n'amenant aucune modification de la tumeur et une biopsie ayant confirmé, par l'examen histologique et par les inoculations, les soupçons d'affection tuberculeuse, on procéda à l'excision totale, suivie de curettage de la sclérotique et du bord cornéen et de suture de la conjonctive. Guérison parfaite (V = 2/3), persistante au bout de six mois.

Une nouvelle série de recherches histologiques et expérimentales confirma la nature de l'affection.

A. Antonelli

A. Bietti. — **Sur la bactériologie des conjontives.** (*Annali di Ottalmol.*, vol. XXX, 1901, fasc. 7, p. 488 à 506.)

Article de polémique, en réponse au mémoire de O. Pes : *Observations cliniques et bactériologiques sur le catarrhe aigu de la conjonctive*, Bocca, édit. Turin, 1901. A.A.

G. Vinbi (Messina). — **Sur la diffusion jusqu'à l'œil de quelques substances injectées à la tempe.** (*Annali di Ottalmol.*, vol. XXX, fasc. 7, p. 523.)

Les expériences de Vinci, communiquées au Congrès Internat. de physiol. à Turin, confirment celles de Stilling (1847) sur la strychnine et celles de Vulpian sur les sels solubles de cuivre et de mercure. Elles prouvent que les injections faites à la tempe, notamment de strychnine ou de calomel, agissent sans aucun doute par diffusion du médicament, assez vite établie de l'endroit de l'injection jusqu'aux tissus de la partie temporale de l'orbite et du segment temporal du globe oculaire.

A. Antonelli

Dr Joseph Helbron (Berlin). — **Décollement de la rétine dans la néphrite de la grossesse.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1902, n° 4 et 5.)

Après avoir résumé la bibliographie de cette maladie rare, Helbron décrit un cas observé par lui. Chez une femme de 28 ans, primipare, enceinte de 8 mois, l'acuité visuelle baissait progressivement depuis le milieu de décembre. Le 27 déc. 1900, la femme perd la vue subitement. Elle a 3 1/2 °/₀₀ d'albumine dans l'urine.

Acuité visuelle : Mouvements de la main devant l'œil. A l'ophtalmoscope, on constate des deux côtés une neuro-rétinite albuminurique, et vers en bas un décollement de la rétine étendu ne flotttant pas, rebondi, proéminant comme s'il y avait une tumeur derrière lui. Accouchement prématuré, le 31 décembre ; la femme expulse un enfant mort. Le 2 janvier, il n'y a plus que 1 °/₀₀ d'albumine. Le 10 février, disparition de la neuro-rétinite, guérison complète du décollement du côté gauche, et guérison partielle de celui du côté droit. Acuité visuelle : ODG = 1/4-1/3. Le 9 février, V = 1/2 à droite, 1 à gauche. Champ visuel normal. Il ne reste plus qu'une petite hémorragie dans la région maculaire et quelques plaques blanches. Quelques mois après V = 1 des deux côtés.

L'examen ophtalmoscopique montre les limites de la papille un peu confuses et quelques traînées de pigment à leur voisinage.

Dans les cas signalés jusqu'alors, la patiente la plus jeune avait 21 ans, la plus âgée 35. Le plus souvent, il s'agit de primipares dans la seconde moitié de leur grossesse. L'affection est presque toujours bilatérale et conduit assez brusquement à une diminution notable de l'acuité visuelle. Dans certains cas, il y eût des accidents éclamptiques. On a observé sans exception que le décollement de la rétine disparaissait relativement vite, il en est de même pour la rétinite qui guérissait cependant moins vite. La guérison se produit en

général 15 jours après l'accouchement, elle s'est même montrée une fois le deuxième jour.

La date de l'apparition de l'affection pendant la grossesse, semble être sans influence, de même la durée du décollement ; mais la durée de la période qui précède l'accouchement a la plus grande importance. L'acuité visuelle n'a été recouvrée entièrement que dans 3 cas ; dans 5 cas elle était de 1/2-2/3. Dans 5 autres de 1/10 1/3 ; dans un autre 1/13; un cas ne comportent que 1 ; enfin dans le dernier, l'acuité visuelle resta nulle. (Il n'y a que 15 observations). Ce tableau relativement défavorable doit être attribué à la rétinite, et non au décollement ; en effet ce dernier montrait la même tendance à la guérison pour la rétinite de la néphrite chronique qui subsistait après l'accouchement, que pour la néphrite ordinaire de la grossesse. Le décollement de la rétine est produit probablement par la formation d'un exsudat ou d'une transsudation entre la rétine et la choroïde, peut-être même par une hémorragie. Pour ce qui est du traitement, il faut abréger la grossesse le plus possible, et éviter, au point de vue prophylactique une grossesse nouvelle, pendant un certain temps ou moins.

F. A.

Prof. Litten (Berlin.) — **Relations entre les maladies générales et celles du fond de l'œil.** (*Deutsche medicin. Wochenschrift.*, 1902, n° 3, p. 37.)

L'auteur traite des altérations du fond de l'œil, dont il s'est occupé déjà au congrès d'ophtalmologie de Heidelberg. Il s'agit de taches blanches de forme ronde ou allongée, uniques ou multiples, situées sans exception au plus proche voisinage de la papille (jamais dans la région maculaire). A côté d'elles, on trouve des hémorragies nombreuses, rondes ou en pinceau, qui ne sont pas en relation directe avec les taches blanches. Ces hémorragies et ces taches ne sont pas en rapport avec les vaisseaux. Les taches p uvent apparaître d'une façon extraordinairement rapide (en 1/2 à une seconde), tandis que les hémorragies apparaissent moins vite.

Litten a un peu modifié son ancienne opinion à ce sujet, et il est tout à fait d'accord avec Hernheiser, voici d'ailleurs comment il s'explique :

« Très souvent (30-40 0/0 des cas) apparaissent dans la septicémie et l'endocardite grave, des modifications du fond de l'œil qui se présentent (abstraction faite de l'ophtalmie métastatique) sous forme de taches blanches et d'hémorragies. Ces modifications se montrent aussi bien dans les cas les plus graves que dans les plus bénins. La mort n'a pas toujours lieu, tandis qu'il peut se produire une régression des altérations et conservation de la vie. Ce symptôme peut être employé pour le diagnostic. (Voir plus loin.)

Le docteur Litten a étudié histologiquement neuf yeux, en coupes sériées sans lacune. Les foyers se trouvent toujours sans exception dans la couche des fibres nerveuses, et en un endroit bien déterminé de cette dernière. Ils se présentent sous forme d'inclusions rondes ou ovales, comme de petites tumeurs. Jamais les foyers n'intéressent d'autres couches de la rétine, ce qui est la règle pour les hémorragies. Il est difficile de se prononcer nettement sur la nature de ces foyers. Il s'agit d'une masse hyaline sans structure, qui présente des traces de striation de fibres nerveuses.

Litten croit que l'on est en présence d'un exsudat (lymphatique) dans les mailles des fibres nerveuses, qui se produit et s'écoule très rapidement. En tout cas, il n'y a pas de gonflement variqueux des fibres. Litten rejette aussi l'idée d'une embolie. (Les petites varicosités trouvées quelquefois le long des nerfs, et farcies de microbes, sont d'origine cadavérique.

La présence de ces altérations peut, dans une certaine mesure, confirmer le diagnostic de septicémie ou d'endocardite grave. Dans le typhus, on ne les constate pas, dans la tuberculose on trouve, mais rarement, des hémorragies ; sans taches blanches. Quand, à côté d'hémorragies, il y a encore des tubercules de la choroïde, le doute est facile à éviter. Mais quand ces derniers manquent, le diagnostic différentiel n'est pas toujours possible.

Dans un cas observé par Litten, à côté de quelques hémorragies rétiniennes, on trouva à l'autopsie le poumon parsemé de tubercules miliaires frais. Les hémorragies rétiniennes présentaient à leur centre de petites taches blanches qui étaient des tubercules caséeux. L'examen ophtalmoscopique n'avait pas permis de les reconnaître sur le vivant.

Dans la méningite tuberculeuse on trouve presque toujours une papillite, tout au moins un trouble prononcé de la papille, ainsi qu'un gonflement de la tête du nerf optique, ce qui ne se produit pas dans la septicémie.

En outre l'augmentation de la tension lombaire est en faveur d'une méningite.

F. A.

P. KNAPP—1° **Exophtalmie pulsatile 2° Ectasie pulsatile de la cornée.** (*Zeitscrift für Augenheilkunde*, Bd. VI, 6.)

I. Il fallut faire la ligature de la carotide avant sa division, chez un jeune homme qui présentait une exophtalmie pulsatile consécutive à un traumatisme. L'opération et la guérison suivirent un cours normal. L'état général resta excellent, 5, 10 minutes après l'opération, l'examen ophtalmoscopique ne montrait rien de nouveau. Sept jours après l'opération, on remarquait des modifications au niveau des veines, qui étaient rétrécies par endroits, et chacun de ces rétrécissements était entouré par un foyer blanc, brillant comme de l'argent et de grandeur variable. Puis au bout de 2 à 3 mois, ces foyers blancs disparaissent et des hémorragies se produisent. L'acuité visuelle, qui était normale au début, disparut. L'exophtalmie ne s'est pas reproduite, les pulsations et les bruits ont cessé. Knapp pense que les rétrécissements sont dus à de l'endophlébite proliférante, causée elle-même par de petites thromboses.

2° Le cas d'ectasie pulsatile de la cornée concerne un jeune paysan de 19 ans, qui, en outre, souffrait d'une maladie de cœur peu prononcée. L'acuité visuelle permettait de compter les doigts, sans verre. Avec 1 cyl. concave elle était de 1/3 pour chaque œil, et de 1/2 pour les deux yeux. A l'ophtalmomètre de Javal, les mesures de la cornée sont les suivantes.

Après une paracentèse de la chambre antérieure les mesures données avaient les résultats suivants :

	Méridien horizontal	Méridien vertical.
A droite.....	54,0	44,0
A gauche....	51,5	42,5

Mer. horizont. 48,0 ; sur l'œil gauche 48,0 dans le méridien horizontal ; 52,0 dans le méridien vertical.

Un examen fait 8 semaines après l'intervention fournit les chiffres suivants :

	Méridien horizontal	Méridien vertical.
A droite.....	54,0	51,0
A gauche....	51,5	52,0

L'acuité visuelle de l'œil droit sans verre était de 1/10 et de 1/2 avec cyl. — 8. D. à gauche V 1/2 avec cyl — 8.

F. A.

GUILLON. — **Essai sur les phénomènes sympathiques de l'œil.** (Troubles irritatifs et ophtalmie sympathique). (Thèse de Paris, 1902).

Cette thèse est un travail assez complet qui résume bien l'état actuel de la question de l'ophtalmie sympathique. L'auteur en fait l'historique, puis l'étiologie, passant en revue les causes ordinaires de l'ophtalmie sympathique. Celle-ci se manifeste par deux ordres de signes d'une valeur pronostique très différente, phénomènes irritatifs et phénomènes inflammatoires. Les premiers cèdent facilement et définitivement à l'énucléation de l'œil blessé ; pour les seconds, le résultat est beaucoup moins certain.

L'ophtalmie sympathique vraie, inflammatoire, se manifeste sous trois types cliniques principaux : l'irido-choroïdite plastique, l'irido-choroïdite séreuse et la papillo-rétinite. Le premier, le plus commun d'ailleurs, est aussi le plus grave puisque, trois fois sur cinq, il aboutit à la perte de l'organe.

L'auteur examine ensuite les diverses théories : théorie des troubles vaso-moteurs, réflexes d'origine ciliaire, théorie de la névrite ciliaire ascendante et descendante, théorie optique de la migration bactérienne, théorie combinée (théorie de Panas).

L'énucléation a une action préventive certaine contre toutes les formes de l'ophtalmie sympathique, elle est certainement curative de la forme inflammatoire. La forme caractérisée par l'irido-cyclite suit le plus souvent son cours néfaste malgré l'énucléation.

SPENGLER. — **Altérations rares de la choroïde et de la rétine d'origine congénitale.** (*Zeitschrift fur Augenheilkunde*, VI, 4.)

Spengler décrit l'image ophtalmoscopique de

quatre sœurs, issues de parents alliés au troisième degré. Les quatre sœurs sont blond clair. L'acuité visuelle est quelque peu diminuée, il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel, sensibilité aux couleurs normale ; héméralopie, vices de réfraction, troubles de la motilité des muscles de l'œil, amas de pigment sur l'iris et dans le fond de l'œil. Des taches blanches sans pigment, nombreuses sont disséminées dans le fond de l'œil. Spengler les localise dans la couche pigmentaire de la rétine ou dans la chorio-capillaire. Dans la région de la macula et jusqu'à la papille, on note une pigmentation sombre et inégale. Dans la choroïde, des striations blanches et des taches accompagnent les vaisseaux par endroits. Les limites de la papille sont un peu agrandies. Spengler regarde ces altérations comme une forme intermédiaire entre la rétinite punctata albescens et la rétinite pigmentaire.

F. A.

M. Javal. — **La vision par le radium chez les aveugles.**

Le radium, découvert par M. Curie, jouit de la propriété singulière d'émettre en permanence des rayons analogues aux rayons cathodiques et aux rayons de Rœntgen, M. Giesel a reconnu qu'un sel de radium, lumineux par lui-même, continue à produire une perception lumineuse quand, entre le radium et l'œil, on interpose un écran opaque, un écran métallique par exemple. La présence du radium se manifeste par une lueur qui semble remplir tout le champ visuel. La même lueur générale apparaît encore quand on pose contre la tempe un verre contenant quelques centigrammes de chlorure de radium.

J'ai fait quelques expériences avec le radium chez les aveugles ; elles ont permis de constater qu'ils perçoivent ou non la lumière émise par ce corps suivant l'état de leur rétine. Si elle est saine, ils ont une sensibilité lumineuse comparable à celle d'un voyant. (Académie de médecine, *Bulletin d'Oculistique.*)

— Nous rappellerons à ce sujet que notre savant collaborateur, le Dr Foveau de Courmelles, qui a commencé ses travaux sur la lumière dès 1886-87, les a continués notamment en 1898 (communication du 21 mars 1898 à l'Institut de France, présentée par le professeur Marey) par l'étude des rayons X sur les aveugles. Il a placé une ampoule de Crookes enveloppée de noir dans l'obscurité, et le bruit de l'appareil était toujours le même, que l'on produise ou non les rayons de Rœntgen, de façon à éviter les illusions d'optique que l'audition et l'attente de phénomènes eussent pu produire. Les 240 pensionnaires de l'Institut des jeunes aveugles de Paris furent examinés, 9 à lésion périphérique perçurent une vague sensation de lumière et deux eurent une légère secousse. A l'état normal, nous ne percevons pas les rayons X, il nous faut un écran fluorescent ou une plaque sensible, la rétine des neuf voyants s'est donc comportée comme celle-ci. Ces expériences étaient faites pour répondre à Edison, qui prétendait que tous les aveugles, surtout à lésion centrale, allaient recouvrer la vue par les rayons X. Edison s'était trompé. Seuls, les aveugles à lésion périphérique et encore en petit nombre, 9 sur 240, ont une rétine sensible aux rayons X, et peut-être, comme certains sont employés avec succès chez certains sourds, ces rayons pourraient-ils être essayés. (*Le médecin*, n° 24, Bruxelles.)

M. Gallemaert. — **Les centres corticaux de la vision après l'énucléation ou atrophie du globe oculaire.** (*Académie royale de méd. de Belgique*, séance du 26 avril.)

Après avoir exposé les hypothèses sur la localisation du centre visuel et la terminaison des fibres optiques dans l'écorce cérébrale, l'auteur expose le résultat de recherches faites sur cinq cerveaux provenant de sujets atteints d'atrophie optique unilatérale à la suite d'énucléation du globe oculaire.

Les régions suivantes ont été examinées ; le gyrus angulaire, le gyrus descendens, le lobe fusiforme, le lobe lingual et le cunéus.

Les conclusions du travail peuvent être ainsi résumées :

1° Après l'atrophie ou l'énucléation du globe oculaire, l'entrecroisement partiel des nerfs optiques est démontré par l'atrophie cellulaire dans les deux lobes occipitaux ;

2° L'atrophie cellulaire est plus accusée du côté droit croisé ;

3° L'atrophie se limite surtout au domaine de la scissure calcarine, lobe lingual et cunéus occupant une étendue de ces lobes variable suivant les sujets ;

4° La sphère visuelle se restreint au terri-

toire de la scissure calcarine, lobe lingual et cunéus ; elle n'occupe ni le gyrus descendens, ni le lobe fusiforme, et encore moins le gyrus angulaire ;

5° Toutes les couches de la sphère visuelle participent au bout d'un certain temps à l'atrophie ;

6° Le ruban de Gennari ne peut être considéré comme un ruban exclusivement optique. (*La Presse méd. Belge*, n° 24.)

Compte rendu officiel de la Société d'ophtalmologie de Heidelberg, 1902, (1 vol. in-8°, édité par BERGMANN, à Wiesbaden, 1902, prix 10 fr. 80.)

Selon notre habitude, nous avons donné le compte rendu sommaire de la dernière réunion de Heidelberg immédiatement après le Congrès. Ceux de nos lecteurs qui voudront lire les communications *in extenso* trouveront intérêt à consulter le volume ci-dessus, où ils trouveront toutes les discussions dont nous n'avons pu donner qu'un résumé.

NOUVELLES

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de notre confrère et ami Despagnet survenue le 11 août.

A peine âgé de 48 ans, Despagnet, dans la force de l'âge et doué d'une activité extraordinaire, avait su se créer rapidement une belle situation qui n'était pas encore arrivée à son apogée.

La science ophtalmologique lui doit plusieurs travaux importants ; mais là où il manifesta surtout des qualités de premier ordre, c'est dans l'administration des Sociétés scientifiques telles que la Société d'ophtalmologie de Paris et la Société française d'ophtalmologie dont il fut longtemps le secrétaire et où il marqua son passage par un dévouement et un souci constants des intérêts de ces Sociétés dont ses collègues lui resteront éternellement reconnaissants.

Ses amis ne l'oublieront pas non plus, et il sut s'en faire beaucoup par son caractère méridional qui franchissait rapidement les obstacles du premier abord et par sa grande bonté qui le portait si facilement à se dépenser pour les autres.

A tous ces titres, la disparition de Despagnet laissera un vide difficile à combler et des regrets nombreux et prolongés.

INFORMATIONS

M. le Professeur CIRINCIONE vient d'être nommé, après concours, titulaire de la chaire d'ophtalmologie de l'Université de Vienne.

AVIS

Pour favoriser la généralisation de l'emploi de l'*Acoïne* si utile pour rendre indolores les injections sous-cutanées et sous-conjonctivales, la maison VON HEYDEN a décidé d'abaisser le prix de ce précieux anesthésique de **5** fr. à **2** fr. **50** le gramme.

Dépôt chez BARBEROU, *place des Vosges*, 15, *Paris, et dans toutes pharmacies.*

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée

A partir du 18 août, la Cie P.-L.-M. appliquera les *appareils garde-place* aux voitures directes circulant entre Paris et Genève, et Paris et Chambéry, dans les trains suivants :

Train n° 1, partant de Paris à 9 h. 20. matin.
Train n° 564, partant de Genève à 11 h. 10 matin.
Train n° 612, partant de Chambéry à 11 h. 50 matin, et d'Aix-les-Bains à 12 h. 22 soir.

L'emploi de ces appareils assure aux voyageurs la possession indiscutée de la place qu'ils ont choisie dans le train.

Les voyageurs pourront également faire retenir leurs place à l'avance au départ des gares de Paris, Genève, Chambéry et Aix-les-Bains, moyennant le paiement d'une taxe de location de 1 fr. par place.

CÉLULES
CAPSULES GÉLATINEUSES PERFECTIONNÉES
se faisant en sept grandeurs
SUPPRESSION DES CACHETS
Notice et **Échantillon** sur demande.
Pharmacie BÉRAL
14, Rue de la Paix, 14
PARIS

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE
Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.
PANSEMENTS AU **CELLULIN HYDROPHILE** (PAPIER DE BOIS DE PIN)
CHEVRETIN et LEMATTE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
Fournisseurs des Hôpitaux.
224, Rue Caumartin, PARIS. —*— TÉLÉPHONE : **245-56**